

ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA Con Aseguranza TriCare

Por (Nombre De Su Hijo/a): _____ Fecha De La Cita: _____

El **CarePoint Anesthesia Group LLC**, en lo sucesivo conocido como "CarePoint", estamos dedicados a ofrecer servicios de anestesia especializados en un ambiente conocido y cómodo de la oficina de su dentista, trayendo una experiencia adaptada y personal por la atención de su hijo. Nos gustaría aconsejar de sus obligaciones financieras. Por favor escriba sus iniciales abajo que ha leído, comprendido y reconocido el acuerdo financiero.

____ CarePoint es una empresa de "pago por servicio" y es una entidad separada de su dentista. Todos los honorarios relacionados, tiempos operatorios y/o procedimientos dentales se facturan por separado.

____ Nuestra tarifa para pacientes pediátricos (de 20 años o menos) con beneficios de TriCare es de **\$1,250** (2 horas o menos de anestesia dental). **El pago vence 2 días hábiles antes de la cita programada de su hijo.** Si el procedimiento dental excede las 2 horas asignadas, se evaluarán **\$175 adicionales por incrementos de 15 minutos.** El saldo restante se cargará a la tarjeta registrada a menos que se hayan hecho otros arreglos especiales. Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito, tarjetas de débito, cuentas de ahorro para la salud (HSA), tarjetas de gastos flexibles, CareCredit (plazo de 6 meses), efectivo, giros postales o cheques para nuestros servicios. Los pagos se pueden realizar a través de nuestro sitio web en <https://carepointanesthesia.com>.

____ El formulario adjunto de "**Solicitud de Servicios no Cubiertos**" de TriCare debe ser completado y recibido por CarePoint antes de la cita programada. Si no recibimos el completado como se indicó, nos reservamos el derecho de reprogramar y / o cancelar la cita de su hijo.

____ Requerimos una notificación mínima de **2 días hábiles para cancelar la cita** de su hijo. Se accederá a una tarifa de "cita rota" **de \$300** si cancela menos de la notificación requerida de 2 días hábiles. Un estado de "no llamar" o "no presentarse" se considerará una "cita interrumpida" y se aplicará la tarifa de \$300. Esta tarifa se deducirá del pago recibido por CarePoint.

____ Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de procesamiento de **\$25 por cualquier** reembolso solicitado. Esta tarifa se deducirá del pago recibido por CarePoint. El pago del reembolso será en forma de cheque emitido por el banco JPMorgan Chase Bank, N.A.

RECONOCIMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído, entendido y reconozco que he conservado una copia de este Acuerdo de Política Financiera. También entiendo y reconozco mi responsabilidad financiera por los servicios de anestesia dental proporcionados por CarePoint Anesthesia Group, LLC. Al firmar a continuación, autorizo a CarePoint a enviar el pago de cualquier saldo pendiente adeudado a partir de la fecha del servicio. Alternativamente, puedo proporcionar la información de mi tarjeta a través del sitio web de CarePoint en forma de pago.

Firma de Padre/Del Tutor Legal

Relación con la Paciente

Fecha

Autorización de Pago Con Tarjeta de Crédito

Please check: VISA MC AMEX DISCOVER CARE CREDIT (6-Months Term)

Número de Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento: _____ CVV: _____

Firma del Titular de la Tarjeta: _____ Código Postal: _____

REQUEST FOR NON-COVERED SERVICES

I am hereby requesting that the following services be provided to me by CarePoint Anesthesia Group, LLC .
 (Provider Name)

<u>Service(s) (List All)</u>	<u>Frequency Limitations</u>	<u>Proposed Date(s) of Service</u>	<u>Estimated Cost of Services</u>
Dental Anesthesia	1		\$1,250 (2 hours or less)
Dental Anesthesia	1		\$175 (per 15 mins increments)

In making this request, I acknowledge that these services are not a benefit of my health coverage under TRICARE and that I will not receive the benefit of the TRICARE Hold Harmless Policy (defined below), which otherwise might apply to me. In addition, I acknowledge that if I have obtained services more frequently than authorized by TRICARE policy, I may be responsible for that professional service.

I also understand that if authorization for this care has been denied by TRICARE, or if reimbursement is denied upon submittal of a claim form, I may appeal the written notification of the denial issued by Health Net Federal Services, LLC.

Unless the decision to deny is overturned as the result of an appeal or dispute, I agree that I will be personally responsible for the payment IN FULL of the billed charges for these services.

 Sponsor Name Patient Name (Print)

 Sponsor Social Security Number Signature of Patient Date

 Sponsor Address

TRICARE Hold Harmless Policy: A network provider may not require payment from the beneficiary for any excluded or excludable services that the beneficiary received from the network provider (i.e., the beneficiary will be held harmless) unless the beneficiary has been properly informed that the services are excluded or excludable and has agreed in advance in writing to pay for the services.

Privacy Act Statement:

In view of the fact that personal information is being requested from you, notice is hereby given as required by the Privacy Act of 1974. The information is requested and maintained under the authority of Chapter 55, Title 10, United States Code, Section 3101, Title 44, United States Code, and 41 Code of Federal Regulations 101-1100 et seq. The information is requested to establish or update information to control or process claims for payment. Routinely, the information will be used to determine eligibility for TRICARE benefits, review and approve medical care as TRICARE benefits, and to determine reasonable charges/costs of care to be cost-shared under TRICARE. Disclosure of the information is voluntary; however, failure to provide the information may result in denial of benefits.

Forma De Admisión De Nuevos Pacientes (PAGA PRIVADA)

Información Del Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M [] F [] **Peso (Libras):** _____ **Altura:** _____

Nombre Del Oficina Dental: _____ Numero De Contacto: _____

Dirección Del Oficina Dental: _____

Nombre De Doctor Primario: _____ Numero De Contacto: _____

(Si Es Apilable)

Nombre De Médico Especialista: _____ Numero De Contacto: _____

Información de los Padres o Tutores Legales

Por Favor Marque Uno

Madre [] **Padre** [] **Guardian Legal** [] **Otro:** _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero De Contacto: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Información Del Embarazo/Recién Nacido

¿Hubo Alguna Complicación Durante El Embarazo O El Parte? [] NO [] SI, La Razón: _____

1. Parto: [] VAGINAL [] CESARA, La Razón: _____

2. ¿Fue Su Hijo/a Prematuro? [] NO [] SI, Nacidos Al Numero De Semanas _____

3. ¿Hubo Alguna Complicación Cuando Estaba Recién Nacido?

Historia De Infancia Y Adolescencia

1. ¿Su Hijo/a Tiene Algún Alergia A Medicamentos, Suplementos? ¿O Látex? [] NO [] SI, Selección Que Tipo De Reacción: [] Comezón [] Ronchas [] Sala De Emergencias [] Otra reacción: _____

2. ¿Su Hijo/a Ha Sido Hospitalizado? [] NO [] SI, La Razón? _____

3. ¿Su Hijo/a Ha Tiendo Cirugía? [] NO [] SI, La Razón? _____

4. ¿Ha Recibido Su Hijo/a Alguna Vez Anestesia General? [] NO [] SI, ¿Si Ha Recibido Anestesia Tuvieron Problemas? _____

5. ¿Alguien En Su Familia Hay Tenido Problemas Con Anestesia General? [] NO [] SI, ¿Que problemas?

6. ¿Ha Sido Su Hijo/a Tratado O Diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

	SÍ	NO	CUANDO	MEDICINA / TRATAMIENTO
Enfermedades del Corazón				
* Soplo Cardíaco				
* Presión Arterial Alta				
* Latidos Irregulares del Corazón				
* Defecto Cardíaco Congénito				
* Otros Problemas Cardíacos				
Enfermedades Pulmonares				
* Sibilancias / Broncoiolitis				
* Asma				
* Neumonía				
* Apnea Obstructiva del Sueño				
* Otro Problema Pulmonar				
Otras Condiciones				
* Diabetes				
* Enfermedades Renales				
* Alergias Estacionales / Eczema				
* Úlcera / Geriátrica / Hernia				
* Infección de Oído Recurrente				
* Trastorno Convulsivo				
* Condición Psiquiátrica				
* Síndrome Genético				
* Discapacidad De Aprendizaje				
* Anemia				

Por favor, indique cualquier otra condición médica: _____

***** DIRECTRICES PREOPERATIVAS*****

- **Absolutamente NADA QUE COMER ni BEBER 8 horas antes de la hora programada para su cita, a menos que lo haya comentado con su proveedor de anestesia. (El consultorio dental le informará la hora de la cita de su hijo).**

***** NOTIFICACIÓN IMPORTANTE *****

Un padre o un tutor legal debe estar presente y permanecer en el consultorio dental durante el tiempo de servicio.

HIPAA Y NUESTRAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

(La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") aborda la manera en que la información de salud individual de un Paciente puede ser utilizado o divulgado por Entidades cubiertas (según se define en HIPAA) y otras personas y entidades, como un Proveedor. Para más información con respecto a sus derechos bajo HIPAA, visite su sitio en <https://hhs.gov/ocr/privacy>).

Inicie a continuación que ha leído, entendido y reconoce lo siguiente:

- Doy permiso a CarePoint para que se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes de texto y a mis dispositivos móviles.
- Entiendo que tengo la opción de acceder y/o ver el Aviso de prácticas de privacidad en línea en <https://carepointanesthesia.com> o recibir una copia impresa.
- Si es necesario, por la presente solicito y doy mi autorización a los proveedores médicos de mi hijo para divulgar su información médica registros de historial a CarePoint. También entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento.
- Entiendo que doy permiso a CarePoint para que use y divulgue los datos de salud protegidos de mi hijo. Información para llevar a cabo el tratamiento de anestesia dental, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento.

RECONOCIMIENTO

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído las pautas preoperatorias anteriores y que la información anterior es completo y exacto a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incompleta o inexacta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma de Padre/Del Tutor Legal

Relación con la Paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTHESIA

Por (Nombre De Su Hijo/a): _____ Fecha De La Cita: _____

La siguiente se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener un tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para que esté más preocupado, sino más bien para que pueda entender mejor los riesgos y beneficios implicados con el tratamiento anestésico.

Por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con CarePoint Anesthesia Group para administrar la anestesia como se indicó anteriormente conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos no se hablan, pero que se consideren necesarios para el bienestar de mi hijo, se puede realizar como complemento a la anestesia planificada. Se ha explicado que todos los tipos de anestesia, aunque son seguros, implican algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados. Las complicaciones graves son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociados con el tratamiento anestésico:

Las Complicaciones Más Frecuentes:

- Dolor y / o hematoma en el lugar de la inyección
- Gargantúa y / o Ronquera Sore
- Dolores Musculares
- Las Náuseas y / o Vómitos

Las Complicaciones Raras:

- Lesiones del Corazón
- El daño cerebral o la muerte

Complicaciones Poco Frecuentes:

- Dolor de Cabeza
- Las Lesiones en los labios o los dientes de instrumentos o dispositivos de vía aérea
- Inesperada reacción a fármacos
- La infección en el sitio intravenoso y venas en las inyecciones
- Sangrado / lesiones en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- Infección pulmonar
- Lesión o infección ocular
- La debilidad en la respiración después de despertar
- Daño en el nervio

- ✦ Las opciones alternativas a la anestesia general profunda sedación / se han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación con óxido nitroso o anestesia local solamente.
- ✦ Confirmando que mi hijo (el paciente) no ha comido ni bebido nada 8 horas antes de la hora programada para su cita.
- ✦ Certifico que, a mi conocimiento que el paciente no está embarazado o tratando de quedar embarazada.
- ✦ He leído y acepto el Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad en nuestra página web, <https://carepointanesthesia.com>.

RECONOCIMIENTO

Doy mi consentimiento para la anestesia que estime adecuado a mi anesthesiologo. Reconozco que he leído este formulario o lo ha leído a mí y que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del plan de anestesia de la atención. Certifico que la información médica que he proporcionado en esta consulta preoperatoria es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Ha sido revisado conmigo y considerado completa. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento del paciente.

Paciente / Firma del tutor legal

Relación con el paciente

Fecha